

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TÁI PHÁT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NIÊM MẠC MÁ TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2,✉}, Ngô Xuân Quý¹

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Niêm mạc má là một vị trí phổ biến trong ung thư khoang miệng, trong đó các đặc điểm tái phát và thời gian sống thêm không bệnh (DFS) đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Nghiên cứu này nhằm phân tích đặc điểm tái phát, thời gian sống thêm không bệnh và các đặc điểm bệnh học liên quan tới DFS ở nhóm bệnh nhân này. Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 56 bệnh nhân được điều trị ung thư niêm mạc má tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2023. Nghiên cứu ghi nhận gian theo dõi trung vị là 41 tháng (từ 5 - 65 tháng). Tỷ lệ tái phát là 39,3%, chủ yếu là tái phát tại chỗ (90,9%) và tái phát hạch chiếm 9,1%. Tỷ lệ DFS 5 năm đạt 36,2%. Di căn hạch có ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ tái phát ($p < 0,05$) và DFS, với tỷ lệ DFS 5 năm lần lượt là 58,5% và 13,3% ở nhóm không và có di căn hạch ($p < 0,01$). Giai đoạn bệnh thể hiện mối tương quan nghịch có ý nghĩa với tỷ lệ DFS ($p < 0,01$), với tỷ lệ DFS 3 năm lần lượt là 100%, 63,4%, 45,7% và 20,8% ở giai đoạn I, II, III và IV. Nghiên cứu cho thấy đa số các trường hợp tái phát trong 2 năm đầu và chủ yếu tái phát tại chỗ. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra tình trạng di căn hạch và giai đoạn bệnh có liên quan tới DFS ở bệnh nhân ung thư niêm mạc má.

Từ khóa: Ung thư niêm mạc má, thời gian sống thêm không bệnh, tái phát, di căn hạch, yếu tố tiên lượng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niêm mạc má là một trong những vị trí hay gặp trong ung thư khoang miệng¹. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất liên quan đến sử dụng rượu và thuốc lá, ngoài ra còn có một số yếu tố liên quan khác như nhai trầu, nhiễm virus u nhú ở người và vệ sinh răng miệng kém.²⁻⁴ Mặc dù, đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tái phát và di căn sau điều trị vẫn còn cao, ảnh hưởng đáng kể đến thời gian sống thêm không bệnh của người bệnh. Các phương pháp điều trị ung thư niêm mạc má bao gồm phẫu thuật, xạ trị và điều trị nội khoa, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ yếu. Tình trạng bệnh tái phát hay thời gian sống thêm không bệnh (Disease-free survival - DFS) là một chỉ số quan

trọng đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh. Nếu tái phát xảy ra sớm, tiên lượng bệnh thường rất xấu. Ngoài ra, việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng bệnh tái phát như giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch, độ mô học không chỉ giúp tiên lượng bệnh chính xác hơn mà còn định hướng cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.⁵⁻⁷ Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, giải phẫu bệnh với tình trạng tái phát trong điều trị ung thư niêm mạc má còn hạn chế, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tình trạng tái phát và các yếu tố liên quan trong điều trị ung thư niêm mạc má tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 56 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư niêm mạc má được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2023.

Tác giả liên hệ: Ngô Quốc Duy

Bệnh viện K

Email: Duyyhn@gmail.com

Ngày nhận: 12/02/2025

Ngày được chấp nhận: 09/04/2025

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán xác định ung thư niêm mạc má bằng mô bệnh học, giai đoạn I-IVb theo AJCC 2017.

- Bệnh nhân ung thư niêm mạc má được điều trị triệt căn bằng phẫu thuật tại bệnh viện K, có hoặc không điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

- Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật cắt u và nạo vét hạch cổ.

- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Ung thư niêm mạc má tái phát.

- Ung thư di căn xa (giai đoạn IVc).

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.

- Bệnh nhân được phẫu thuật tại cơ sở y tế khác.

- Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc không phẫu thuật được do mắc bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

2. Phương pháp**Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả.

Thời gian địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2023 tại Bệnh viện K.

Mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, thu thập được 56 bệnh nhân.

Nội dung, biến số, chỉ số nghiên cứu

- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, kích thước u, mô bệnh học, giai đoạn TNM, phương pháp điều trị.

+ Phẫu thuật triệt căn chỉ định cho bệnh nhân T1-4, N0-2, M0: Bao gồm cắt rộng u và vết

hạch cổ cùng bên với tổn thương.

+ Điều trị xạ trị bổ trợ cho bệnh nhân: Có di căn hạch sau mổ, pT3-4 sau mổ, u xâm lấn thần kinh, mạch máu, bạch huyết.

+ Điều trị hóa xạ trị bổ trợ sau mổ: hạch phá vỡ vỏ (N3b), diện cắt dương tính.

- Đánh giá tái phát: Thời gian theo dõi, có tái phát hay không, vị trí tái phát, thời điểm tái phát và các mối tương quan tới tình trạng tái phát: tuổi, giới, độ mô học, kích thước u, độ xâm lấn sâu, di căn hạch, thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

- Thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế.

Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phác đồ điều trị.

- Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị, tình trạng tái phát và phân tích mối tương quan của đặc điểm bệnh học với tình trạng tái phát, DFS.

Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Các thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân

	Đặc điểm	Số BN (n = 56)	Tỷ lệ %
Tuổi (năm)	< 50	2	3,6
	50 - 59	15	26,8
	60 - 69	18	32,1
	≥ 70	21	37,5
	Trung bình	65,6 ± 9,6	
Giới	Nam	28	50
	Nữ	28	50
Kích thước u (cm)	≤ 2	19	33,9
	>2 - 4	28	50,0
	> 4	9	16,1
Phân loại mô bệnh học (n = 56)	UT biểu mô vảy	53	94,6
	UT biểu mô biểu bì nhày	1	1,8
	UT biểu mô dạng tuyến nang	1	1,8
	Carcinome dạng sarcome	1	1,8
Giai đoạn pT	pT1	12	21,4
	pT2	25	44,6
	pT3	13	23,2
	pT4	6	10,7
Giai đoạn pN	pN0	41	73,2
	pN1	7	12,5
	pN2	8	14,3
	pN3	0	0,0
Di căn xa	M0	56	100
	M1	0	0,0
Giai đoạn	I	11	19,6
	II	20	35,7
	III	9	16,1
	IV	16	28,6
Phương pháp điều trị	PT đơn thuần	25	44,6
	PT + xạ trị	31	55,4

Bảng 2. Đặc điểm tái phát sau điều trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tái phát	22	39,3
Không tái phát	34	60,7
* Vị trí tái phát		
Niêm mạc má	20	90,9
Hạch cổ	2	9,1
Di căn xa	0	0
* Thời gian tái phát		
≤ 12 tháng	11	50,0
13 - ≤24 tháng	7	31,8
> 24 tháng	4	7,1

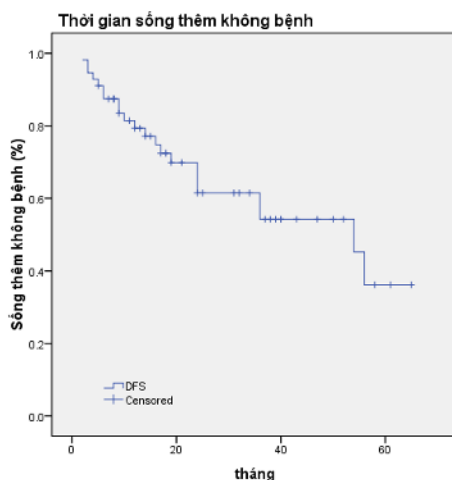
Trong thời gian theo dõi có 22 trường hợp tái phát (chiếm 39,3%). Trong đó đa phần BN tái phát tại niêm mạc má (chiếm 90,9%), tái phát tại hạch cổ chiếm 9,1%, không có trường

hợp nào ghi nhận di căn xa. Tái phát xảy ra chủ yếu trong năm đầu kể từ lúc phẫu thuật (chiếm 50%).

Bảng 3: Mối liên quan giữa tái phát và một số yếu tố

Yếu tố		Tái phát n (%)	Không tái phát n (%)	Tổng n	p-value
Tuổi	≤ 60	6(33,3%)	12(66,7%)	18	0,530
	> 60	16(42,1%)	22(57,9%)	38	
Giới	Nam	13(46,4%)	15(53,6)	28	0,274
	Nữ	9(32,1)	19(67,9)	28	
Độ mô học	I + II	18(39,1%)	28(60,9%)	46	0,580
	III	3(42,9%)	4(57,1%)	7	
Kích thước u	≤ 2cm	6(31,6%)	13(68,4)	19	0,397
	> 2cm	16(43,2%)	21(56,8%)	37	
DOI	≤ 5mm	1(16,7%)	5(83,3%)	6	0,707
	> 5mm	2(25,0%)	6(75,0%)	8	
Di căn hạch	Có	10(66,7%)	5(33,3%)	15	0,011
	Không	12(29,3%)	29(70,7%)	41	

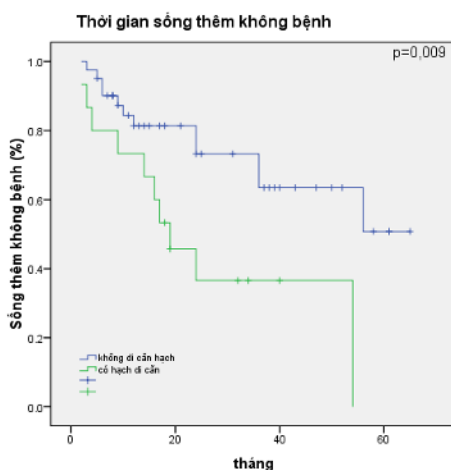
Nhóm BN di căn hạch có tỷ lệ tái phát cao hơn nhóm còn lại với $p < 0,05$. Các yếu tố khác chưa có mối liên quan tới DFS của bệnh nhân.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh

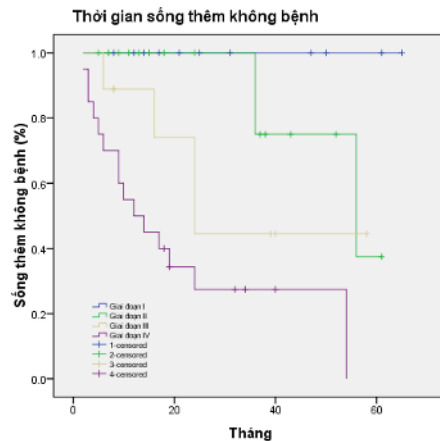
Sống thêm DFS	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Tỷ lệ DFS	79,3%	69,9%	54,2%	54,2%	36,2%

Trong thời gian theo dõi từ 8 đến 60 tháng có 22 BN tái phát. Tỷ lệ DFS 5 năm đạt 36,2%.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh theo tình trạng di căn hạch

Tỷ lệ DFS 5 năm của nhóm không di căn hạch cao hơn nhóm có di căn hạch (58,5% so với 13,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không bệnh theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	DFS 3 năm	p-value
I	11	100%	p = 0,001
II	19	63,4%	
III	14	45,7%	
IV	12	20,8%	

Tỷ lệ DFS 3 năm giảm dần theo giai đoạn bệnh, giai đoạn I có tỷ lệ DFS 3 năm là 100% trong khi giai đoạn IV là 20,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $65,6 \pm 9,6$ tuổi; tỷ lệ BN trên 50 tuổi chiếm ưu thế với 94,6%. Nhóm từ 70 tuổi trở lên là hay gặp nhất, chiếm 37,5%. Về giới, tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau là 1/1. Trong số 56 bệnh nhân, có tới 94,6% có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy. Trong các trường hợp này, tỷ lệ biệt hóa cao (độ I) là 20,8%; biệt hóa vừa (độ II) là hay gặp nhất với 66% và biệt hóa kém (độ III) là ít hơn với 13,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Vũ Quảng Phong, tỷ lệ độ mô học I, II và III lần lượt là 11,9%, 79,7% và 8,5%.⁸

Trong quá trình theo dõi dọc từ 5 đến 65 tháng (trung vị 41 tháng), nghiên cứu của chúng

tôi ghi nhận 22 trường hợp tái phát sau can thiệp điều trị, chiếm tỷ lệ 39,3%. Kết quả này thể hiện sự tương đồng đáng kể với nghiên cứu của Alessandro, trong đó tác giả báo cáo tỷ lệ tái phát là 36%, với phân bố chủ yếu tại chỗ và tại vùng (56%).⁷ Phân tích chi tiết về phân bố vị trí tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một xu hướng rõ rệt: đa số các trường hợp tái phát xuất hiện tại niêm mạc má (90,9%), tiếp theo là tái phát tại hạch cổ (9,1%), và đáng chú ý là không ghi nhận trường hợp nào di căn xa. Kết quả này tương tự với tác giả nước ngoài với tỷ lệ tái phát tại chỗ và tại hạch vùng lần lượt là 40,5% và 36,7%.⁹

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm (DFS) đạt 36,2%, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây như của Kelner (74%) và Amaral (66,4%).^{10,11} Đặc biệt, biểu đồ phân tích sống thêm thể hiện một đặc điểm quan trọng: xuất hiện một độ dốc đáng kể

trong 24 tháng đầu tiên, phản ánh tần suất tái phát cao trong giai đoạn này. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kowalski, trong đó thời gian DFS trung vị được báo cáo là 41,8 tháng.¹²

Phân tích đơn biến về mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng - bệnh học với tình trạng tái phát cho thấy: Di căn hạch trong ung thư niêm mạc má được xem là một trong các yếu tố tiên lượng chính, ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh. Đây cũng là một trong những chỉ định quan trọng của xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn. Hơn nữa, nếu hạch di căn phá vỡ vỏ được xếp vào giai đoạn pN3b, có chỉ định hóa xạ trị bổ trợ sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ DFS 5 năm ở nhóm không di căn hạch (58,5%) cao hơn đáng kể so với nhóm có di căn hạch (13,3%), với $p < 0,01$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Kowalski, trong đó tác giả cũng chứng minh sự suy giảm đáng kể về tỷ lệ DFS ở nhóm có di căn hạch ($p < 0,0001$).¹² Tất cả những bệnh nhân pT3, 4, di căn hạch sau mổ, u xâm lấn thần kinh, máu máu, bạch huyết đều có chỉ định xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật. Phương pháp này đã được chứng minh giúp kiểm soát tại chỗ tại vùng tốt hơn, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Đây là một trong những phương pháp quan trọng trong điều trị ung thư khoang miệng nói chung, ung thư niêm mạc má nói riêng.

Phân loại giai đoạn bệnh TNM dựa vào đặc điểm khối u (kích thước u, độ xâm lấn sâu và mức độ xâm lấn cơ quan xung quanh), tình trạng di căn hạch và di căn xa. Chính vì vậy, giai đoạn bệnh rõ ràng có ảnh hưởng tới tình trạng tái phát bệnh hay DFS. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy DFS trung bình giảm theo các giai đoạn: từ 60,0 tháng (giai đoạn I), 43,0 tháng (giai đoạn II), 32,4 tháng (giai đoạn III), xuống còn 9,0 tháng (giai đoạn IV), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Phát hiện này tương tự với kết quả nghiên cứu của Rodrigues trên nhóm bệnh

nhân ung thư khoang miệng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ DFS giữa các giai đoạn sớm và muộn ($p < 0,001$).¹³ Đáng chú ý, các biến số về đặc điểm chung, bệnh học như tuổi, giới, và kích thước u chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Amaral, trong đó tác giả cũng không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ DFS 5 năm giữa các nhóm tuổi ($p > 0,05$).¹¹ Tương tự, nghiên cứu của Sim cũng không ghi nhận ảnh hưởng có ý nghĩa của yếu tố giới tính đến DFS.¹⁴

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân ung thư niêm mạc má tại Bệnh viện K, chúng tôi ghi nhận có 22 bệnh nhân tái phát, đa số các trường hợp tái phát tại chỗ, di căn hạch, tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm đạt 36,2%. Di căn hạch và giai đoạn bệnh là hai yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tình trạng tái phát, thời gian sống thêm không bệnh ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quảng. *Ung Thư Khoang Miệng - Chẩn Đoán, Điều Trị và Những Tiến Bộ*. Nhà xuất bản y học; 2021.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660.
3. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *J Cancer Res Ther*. 2016; 12(2): 458-463. doi:10.4103/0973-1482.186696.
4. Hashim D, Sartori S, Brennan P, et al. The role of oral hygiene in head and neck cancer: results from International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2016; 27(8): 1619-1625. doi:10.1093/annonc/mdw224.

5. Sakr M. Cervical: Lymphadenopathy. In: Sakr M, ed. *Head and Neck and Endocrine Surgery: From Clinical Presentation to Treatment Success*. Springer International Publishing; 2016: 163-190. doi:10.1007/978-3-319-27532-1_8.
6. Bittar RF, Ferraro HP, Ribas MH, Lehn CN. Predictive factors of occult neck metastasis in patients with oral squamous cell carcinoma. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016; 82(5): 543-547. doi:10.1016/j.bjorl.2015.09.005.
7. d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81(3): 248-254. doi:10.1016/j.bjorl.2015.03.004.
8. Bobdey S., Sathwara J., Jain A. et al. "Squamous cell carcinoma of buccal mucosa: An analysis of prognostic factors", *South Asian Journal of Cancer*. 2018; 7(01), tr. 49-54.
9. Vũ Quảng Phong (2013), "*Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô miệng ở một số bệnh viện tại Hà Nội*", Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Kelner N, Vartanian JG, Pinto CAL, Coutinho-Camillo CM, Kowalski LP. Does elective neck dissection in T1/T2 carcinoma of the oral tongue and floor of the mouth influence recurrence and survival rates? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 52(7): 590-597. doi:10.1016/j.bjoms.2014.03.020.
11. Pimenta Amaral TM, Da Silva Freire AR, Carvalho AL, Pinto CAL, Kowalski LP. Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stages I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. *Oral Oncol*. 2004; 40(8): 780-786. doi:10.1016/j.oraloncology.2003.10.009.
12. Kowalski LP, Bagietto R, Lara JR, Santos RL, Silva JF, Magrin J. Prognostic significance of the distribution of neck node metastasis from oral carcinoma. *Head Neck*. 2000; 22(3): 207-214. doi:10.1002/(sici)1097-0347(200005)22:3<207:aid-hed1>3.0.co;2-9.
13. Bobdey S, Sathwara J, Jain A, Saoba S, Balasubramaniam G. Squamous cell carcinoma of buccal mucosa: An analysis of prognostic factors. *South Asian J Cancer*. 2018; 7(1): 49-54. doi:10.4103/sajc.sajc_317_16.
14. Sim YC, Hwang JH, Ahn KM. Overall and disease-specific survival outcomes following primary surgery for oral squamous cell carcinoma: analysis of consecutive 67 patients. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2019; 45(2): 83-90. doi:10.5125/jkaoms.2019.45.2.83.

Summary

EVALUATION OF RECURRENCE STATUS AND ASSOCIATED PROGNOSTIC FACTORS IN THE TREATMENT OF BUCCAL MUCOSA CARCINOMA AT K HOSPITAL

Buccal mucosa represents a prevalent anatomical site for oral cavity malignancies, wherein recurrence patterns and disease-free survival (DFS) constitute critical prognostic determinants. This investigation sought to elucidate the characteristics of recurrence, disease-free survival metrics, and their associated clinicopathological parameters within this patient cohort. A retrospective analysis was conducted on 56 patients who underwent treatment for buccal mucosa carcinoma at K Hospital between January 2017 and January 2023. The analytical framework encompassed recurrence patterns, DFS rates, and their correlations with pathological characteristics. The study showed that the median follow-up duration extended to 41 months (range: 5 - 65 months). The observed recurrence rate was 39.3%, with local recurrence predominating (90.9%) and nodal recurrence comprising 9.1%. The 5-year DFS rate attained 36.2%. Lymph node metastasis demonstrated significant influence on both recurrence rates ($p < 0.05$) and DFS outcomes, yielding 5-year DFS rates of 58.5% and 13.3% for node-negative and node-positive cases, respectively ($p < 0.01$). Disease stage exhibited a significant inverse correlation with DFS rates ($p < 0.01$), manifesting 3-year DFS rates of 100%, 63.4%, 45.7%, and 20.8% for stages I, II, III, and IV, respectively. In conclusion, the majority of recurrences manifested within the initial two-year period, predominantly as local recurrence. Furthermore, this investigation substantiates the significant correlation between lymph node metastasis and disease stage with DFS outcomes in buccal mucosa carcinoma patients.

Keywords: Buccal mucosa carcinoma, disease-free survival, recurrence, lymph node metastasis, prognostic factors.